Rok XXXIII. Kraków 2. Czerwca 1894 r. Nr. 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolff, *w Paryżu* p. Adam 81. Rue des Saints Péres, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^{1}/_{2}$ „	„ $3^{1}/_{8}$ „	„ 6 „

I. Z kliniki lekarskiej prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Przyczynek do etyologii wad sercowych.

Podał
Dr. Ludomił Korczyński,
asystent tejże kliniki.

Etyologia wad sercowych stanowi dziś kwestyę pozornie prawie zupełnie zamkniętą. Punktem wyjścia dla nich są albo sprawy zapalne ostre w śródsierdziu, wywołane sadowieniem się na niem drobnoustrojów (Weichselbaum[1]), Fränkel i A. Sänger[2]), sprawy zapalne przewlekłe na zastawkach, albo też zmiany miażdżycowe przenoszące się z błony wewnętrznej tętnicy głównej na śródsierdzie, sprawa, która najczęściej dopiero we wieku podeszłym znaczniejszą odgrywa rolę. Ważniejszemi są wady zastawkowe we wieku młodym. Wywołujące je zapalenie śródsierdzia powstaje w bardzo przeważającej liczbie przypadków wśród i w następstwie chorób zakaźnych. Na pierwszem miejscu wymienić należy ostry gościec stawowy, dalej dur brzuszny i osutkowy, odrę, ospę, płonicę, błonicę, czerwonkę, rumień guzkowy, wreszcie sprawy przebiegające z ropieniem, jak sprawy połogowe, sprawy ropne w skórze i błonach śluzowych i t. d., wśród których pojawiające się zapalenie śródsierdzia uważać należy według współczesnego stanowiska nauki za wynik zakażenia najczęściej wtórnego, rzadziej mięszanego. Do tego samego działu zaliczyć należy zapalenia śródsierdzia w przebiegu zapalenia płuc, opłucnej, osierdzia a nawet zapalenia mięśnia sercowego (*myocarditis*), o ile nie jest przyrody zatorowej, jak nie mniej zapalenia śródsierdzia w przebiegu wiewióra (rzeżączki) i kiły.

Do rzadszych natomiast należą przypadki pierwotnego zapalenia śródsierdzia, dosyć jednak często opisywane i spostrzegane, które dlatego tylko nazywane bywają zapaleniami pierwotnemi, że nie można ani z wywiadów za życia, ani z wyniku badania pośmiertnego wykryć dostatecznej przyczyny, któraby powstanie ich tłómaczyła. I dla tych zapaleń istnieć jednak muszą pewne podstawy, których nie rozświeca badanie anatomiczne ani bakteryologiczne, a na które pewne światło rzucić może tylko spostrzeganie kliniczne.

Śledząc te właśnie wady zastawkowe, gdzie ani wywiady nie wykazują przebycia choroby zakaźnej, ani też najściślejsze badanie nie wykazuje nigdzie żadnego ropienia, choroby nerek, zapaleń w sąsiedztwie serca, zboczeń w składzie krwi i t. p., w pokaźnej liczbie przypadków tak zwanych pierwotnych czyli idyopatycznych wad sercowych zastawkowych przecież wynaleść można pewne okoliczności, które wprawdzie nie tłómaczą dostatecznie właściwej podstawy choroby, ale rzucają pewne światło na sposób ich powstawania i na przyczyny bliższe lub dalsze, które do nich usposabiają.

Tu należą przedewszystkiem wady sercowe, które z tak wielkiem upodobaniem rozwijają się w przebiegu błednicy, osobliwie w okresie pokwitania lub sprawy płodzenia, zapalenia śródsierdzia u osób z wrodzoną wąskością tętnic, skrzywieniami kręgosłupa znaczniejszego stopnia, zapaleń, które powstają w następstwie nadmiernych wysiłków fizycznych, nadużywania środków podniecających trwale czynność serca, wśród nadmiernego odżywiania się, wreszcie w następstwie urazów, które zadziałały na klatkę piersiową.

I układ nerwowy zdaje się, że odgrywa niepoślednią rolę w etyologii tych wad sercowych, których przyczyna anatomiczna polega na zapaleniu śródsierdzia na zastawkach sercowych. Wszakże tak względnie często spostrzega się, że chorzy, którzy przez szereg lat okazywali objawy tylko tak zwanego nerwowego bicia serca, lub u których bicie serca było następstwem pewnych spraw odruchowych, okazują ostatecznie wybitne objawy wad zastawkowych, tak samo jak się to dzieje u osób, które czas dłuższy podlegały mocnym wrażeniom psychicznym, lub narażone były na częste

[1]) Zur Aetiologie der acuten Endocarditis (Centrbl. für Bacterienkunde und Parasitenlehre. Band II, Nr. 8).
[2]) Untersuchungen über die Aetiologie der acuten Endocarditis. (Virchows Archiv 1887. Band 108).

wzruszenia umysłowe. Wady zastawkowe w ujściu tętniczem lewem tak często spotykane w wiądzie rdzenia pacierzowego, jak nie mniej wady zastawkowe wśród zboczeń nerwowych towarzyszących często okresowi ustawania miesiączki, wreszcie wady zastawkowe w przebiegu hipochondryi, neurastenii lub histeryi dowodzą niewątpliwie, że zmiana funkcyj układu nerwowego, jeśli nie stanowi ostatecznej przyczyny, to w każdym razie wielce usposabia do zapaleń śródsierdzia a tem samem do powstawania wad sercowych.

Jedną z takich chorób, uważanych za nerwice, jest choroba Basedowa. Przerost a względnie rozstrzeń serca w przebiegu tej choroby należy nie tylko do codziennych zjawisk, ale nawet w pewnym stopniu do objawów rozpoznawczych. Rozstrzeni serca, osobliwie lewego odpowiadają tak często w chorobie tej spostrzegane objawy względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej, rzadziej zastawek półksiężycowych tętnicy głównej, tak samo jak nadmierna rozstrzeń komórki prawej, następowo się rozwijająca wywołać może objawy względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej.

Daleko rzedziej spostrzegano w przebiegu choroby Basedowa istotne wady zastawkowe, które polegały na istniejącem lub przebytem zapaleniu śródsierdzia.

Odkładając na później zestawienie przypadków choroby Basedowa, spostrzeganych w klinice profesora Korczyńskiego, opiszę na razie jeden przypadek, w którym związek przyczynowy między tą nerwicą a zapaleniem śródsierdzia wydaje się niewątpliwym tak na podstawie spostrzeżeń klinicznych, jakoteż na podstawie badania anatomicznego, a gdzie właśnie można było uchwycić zaostrzenie się zapalenia śródsierdzia od nerwicy sercowej zależnego. Przypadek ten zresztą jest poniekąd zajmujący pod względem rozpoznania i przebiegu choroby.

A. Sł., lat 28 licząca, służąca, neofitka, przyjęta do kliniki 20. Listopada 1892. Podaje, że od 21-go roku życia nie czuje się tak zdrową i silną jak dawniej, łatwo się nuży, miewa zawroty głowy, doznaje duszności i kaszlu. Znaczne pogorszenie rozpoczęło się przed trzema tygodniami powiększeniem się dawnych przypadów a wystąpieniem kłócia w boku prawym i napadów mocnego bicia serca. Gośćca stawowego, ani też innych chorób zakaźnych nigdy nie przechodziła. Raz jeden rodziła; poród i połóg odbyły się prawidłowo. Okoliczności, w których znajdowała się chora, były od długich lat przykre; wywołało je przedewszystkiem odsunięcie się rodziny skutkiem tego, że będąc niezamężną zaszła w ciążę i że porzuciła swoje wyznanie. Wpływy te i śmierć dziecka miały według opowiadania chorej przyczynić się w znacznej części do powstania obecnej choroby.

Badanie przedmiotowe wykazywało: Osoba budowy średniej, licho odżywiona; skóra woskowo-biała. Gałki oczne wystają nieco z oczodołów; objawu Graefego ani Stellwaga nie dostrzeżono. Wyraźne tętnienie tętnic dogłowowych. Żyły szyjne znacznie wypełnione. Gruczoł tarczykowy miernie powiększony, miękki, podatny, tętniący; przy osłuchiwaniu jego słabe szmery naczyniowe (buczenie żylne i szmer skurczowy tętniczy).

Klatka piersiowa długa, płaska, mało ruchoma. Z tyłu po stronie prawej w szczycie nieznaczne przytłumienie odgłosu, poniżej odgłos wszędzie nieco przytłumiony i nieco bębenkowy. Przysłuchem rozległe furczenia, w częściach dolnych nieliczne rzężenia, w pasze tarcie opłucnowe. W płucu lewem zmian nie ma. Kaszel niezbyt częsty, krótki, plwocina w miernej ilości, śluzowo-ropna, gdzieniegdzie z żyłkami krwi.

Uderzenie końca serca przesunięte na zewnątrz i ku dołowi, wyczuwalne w większym obszarze; czynność serca powiększona, przyspieszona i nieregularna. Rozmiary stłumienia tak w wymiarze osiowym, jak poprzecznym powiększone. Nad komorą lewą słabe szmery, zresztą wszędzie głuche tony. Tętno sprychowe w porównaniu z mocnem tętnieniem tętnic dogłowowych bardzo słabo napięte, przyspieszone, do 100 uderzeń na minutę, niemiarowe.

Wątroba macalna o brzegu miernie zaokrąglonym, niezbyt twardym, bolesnym. Śledziona niepowiększona. W jamie brzusznej mała ilość wolnego płynu. Na kończynach dolnych obrzęk surowiczy. W moczu ślad białka bez składników morfotycznych w osadzie. Obraz stigmograficzny tętna wykazuje słabe napięcie obok wyraźnej arytmii. Ciepłota ciała w ciągu dnia dochodzi najwyżej do 37° C.

Z dalszego przebiegu zapisano:

22. Listopada. Stan ogólny taki sam, jak poprzednio. Czynność serca przyspieszona, nieregularna, tętno 96. Nad komórką lewą w miejsce szmerów głuche tony.

23. Listop. Chora wykrztusza plwociny krwawe w znacznej ilości. W płucach obok zmian dawniejszych stłumienie odgłosu w dalszym płacie płuca lewego, w temże miejscu rzężenia nierównobańkowe i dużo furczeń. Czynność serca ciągle przyspieszona i nieregularna. Objawy rozstrzeni trwają dalej. Tętno słabe, niemiarowe, 104 uderzeń. Ciepłota podniosła się do 37·2° C. Oddechy nasilone 30 na minutę. Na kończynach obrzęk większy. W ciągu następnych dni czterech ważniejszych różnic w stanie chorej nie dostrzeżono.

28. Listop. W płucu lewem w tylnych dolnych częściach odgłos przytłumiony, w płucu prawem z tyłu u dołu odgłos zupełnie stłumiony i czczy a nadto przytłumienia z większem lub mniejszem nasileniem w płacie górnym i środkowym. Szmery oddechowe po stronie prawej z tyłu w dole zniesione, zresztą w całej klatce piersiowej szorstkie lub nieoznaczone; obok tego sporo rzężeń nierównych, niedźwięcznych, zwłaszcza w płacie dolnym płuca lewego. Oddechy nasilone, 36 na minutę. Chora wiele kaszle i odkrztusza znaczne ilości plwociny krwawej. Uderzenie serca rozlane dochodzi na zewnątrz aż do linii pachowej przedniej. Stłumienie serca w obu wymiarach powiększone do 13 cm. Tony głuche; ton drugi nad tętnicą główną względnie najwyraźniejszy. Czynność serca nieregularna, przyspieszona; tętno małe, 110 uderzeń na minutę. Objawy zastoju w krążeniu wybitne: sinica na twarzy i kończynach górnych, na kończynach dolnych znaczny obrzęk surowiczy, w jamie brzusznej płyn wolny w większej ilości. Ciepłota ciała stale niska.

W ciągu dni następnych utrzymuje się stan jednakowy. Czynność serca stale przyspieszona, nieregularna; od czasu do czasu napady bicia serca, podczas których tętno staje się tak częstem, że nie daje się policzyć.

9. Grudnia. Odżywienie chorej bardzo liche, siły z każdym dniem gorsze. W płucach zmiany rozleglejsze, z tyłu, po stronie prawej, w dole odgłos wypukowy zupełnie stłumiony; szmerów tamże prawie zupełnie nie ma. Plwocina krwawa w ilości bardzo znacznej. Stan taki utrzymywał się do 15. Grudnia do godziny 9-ej rano, w którym to czasie chora żyć przestała.

Rozpoznanie było: *Morbus Basedowi in stadio incompensationis (degeneratio musculi cordis, dilatatio cordis) cum infarctibus pulmonis utriusque subsequente pleuritide dextra.*

Rozpoznanie choroby Basedowa oparto na następujących objawach: 1) Stałem przyspieszeniu czynności serca i rozstrzeni obu połów serca; 2) powiększeniu gruczołu tarczykowego ze znamionami wola naczyniowego; 3) na wystawaniu gałek ocznych.

Dla wytłómaczenia niedomogi serca, która nie dała się wyrównać żadnymi lekami nasercowymi i podniecającymi, przyjęto zwyrodnienie mięśnia sercowego. Wpływów usposabiających do choroby Basedowa nie brakło w życiu chorej, jak o tem świadczą wywiady.

Rokowanie przedstawiało się już w pierwszych dniach pobytu chorej w klinice niepomyślnie. Rozstrzeń i niedomoga serca, na którą wszystkie środki podniecające i nasercowe żadnego nie wywierały wpływu, wykluczały możność, aby nastało wyrównanie w krążeniu.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z oddziału chirurg. prym. Dra Ziembickiego we Lwowie.

Macica jednorożna z krwistekiem w rogu szczątkowym i w trąbce.

Podał

Dr. Bronisław Skałkowski,

b. asystent i operator kliniki prof. Chrobaka w Wiedniu, lekarz chorób kobiecych i akuszer we Lwowie.

Wielka rzadkość wad rozwojowych narządu płciowego kobiecego, których przyczyna tkwi w nieznanych nam bliżej zboczeniach w początkach życia płodowego, dawała często pohop do opisów nieraz bardzo szczegółowych i opracowania takich przypadków, które zresztą nierzadko tyczyły się osób mogących przedstawiać się lekarzowi jako zupełnie prawidłowo rozwinięte. Nie mamy tu na myśli przypadków obojnactwa, które pod względem czysto społecznym mogą uczynić stanowisko danej osoby dwuznacznem albo całkiem niepewnem; natomiast chcemy mówić o częstym u kobiet braku dokładnego rozwoju części płciowych, który wywołując użto zboczenia czysto patologiczne, już też upośledzenie pod względem płciowym, zmusza te osoby do szukania rady lekarskiej. Do najczęstszych tego rodzaju wad należy bezwątpienia zamknięcie pochwy błoną dziewiczą (*atresia hymenalis*), które nie dozwala spółkowania i wywołuje zboczenia podczas miesiączkowania z następowymi stanami chorobowymi, jak krwistekiem pochwy, macicy (*haematocolpos*, *haematometra*) i t. d.

Jeżeli przedstawimy sobie rozwój tych organów z przewodów Müllera, pojmiemy, jak powstać mogą różnego rodzaju wady według tego, czy zboczenia wystąpiły w jednym tylko, czy też równocześnie w obu przewodach Müllera i to w górnej albo w dolnej części tak, że li tylko przez czysto teoretyczne kombinacye możnaby wymienić rozmaite wady rozwojowe części płciowych kobiecych, z których jednak w praktyce nie spostrzega się wszystkich.

Ogólny brak części rodnych, sprawa według Schrödera (*Handbuch der Krankheiten d. weibl. Geschlechtsorgane.* 1886. str. 32—33) nadzwyczaj rzadka, objawów chorobowych nie sprowadza; osoby takie mogą czuć się zdrowemi zupełnie, gdy nieprawidłowo rozwinięte części płciowe stają się prawie zawsze powodem różnych stanów chorobowych. Już samo rozpoznanie takich stanów patologicznych natrafia niekiedy w praktyce na znaczne trudności, tem trudniejszem zaś staje się rozpoznanie wtedy, gdy w tak już z natury niezupełnie wykształconych narządach wystąpią jeszcze stany chorobowe.

Taki ze względu na objawy, rozpoznanie i terapię ze wszech miar ciekawy przypadek jest przedmiotem niniejszej pracy.

Rozalia St., licząca 18 lat, stanu wolnego, wyrobnica, w dniu 3. Września 1892 roku przyjętą została do szpitala powszechnego we Lwowie do oddziału chorób kobiecych.

Wywiady wykazały, że chora pochodzi z rodziny zdrowej, cięższych chorób w życiu nie przebywała. Pierwsza regularność wystąpiła w 16. roku życia i odtąd występowała w równych odstępach czasu co cztery tygodnie bez żadnych chociażby najmniejszych dolegliwości, sześć razy z rzędu, to jest przez sześć miesięcy, poczem już chora więcej jej nie miała. Od tego czasu, to jest od czasu ostatniej regularności czuje się słabą. A mianowicie w równych odstępach czasu, odpowiadających dawniej pojawiającej się regularności, uczuwa chora nader mocne bóle w brzuchu, które coraz więcej wzmagając się doprowadziły chorą od roku do stanu ciągłego niedomagania, tak, że obecnie doznaje ciągłych bólów w podbrzuszu szczególnie po stronie prawej, co wraz z ogólnem osłabieniem nie dozwala chorej codziennej pracy. Przypady te skłoniły chorą do szukania porady w szpitalu.

Stan obecny: osoba wzrostu średniego, dość dobrze odżywiona, czerstwo wyglądająca, o silnej budowie kości, nie przedstawia żadnych zboczeń w ogólnym rozwoju ciała. Badanie organów wewnętrznych zmian znaczniejszych nie wykazuje. Sutki dobrze rozwinięte o wydatnych brodawkach. Skóra brzucha gładka, o grubej podściółce tłuszczowej blizn nie okazuje. Budowa kości miednicy o typie wybitnie kobiecym. Brzuch w całości wklęsły; tylko po stronie prawej w dolnej swej części jest wypuklony przez guz dokładnie dający się ograniczyć, który poczynając się na dwa palce powyżej prawego więzu Pouparta, sięga do wysokości pępka, nie przekracza na wewnątrz linii środkowej ciała, dochodząc na zewnątrz do przedłużenia prawej linii pachowej przedniej. W całości guz ten konsystencyi elastycznej daje niewyraźne uczucie chełbotania i jest za dotykaniem się nieco bolesny; poruszalność jego nieznaczna. Za dokładniejszem obmacywaniem dają się w tym guzie rozróżnić wyraźnie dwie części, z których jedna o ścianach zupełnie gładkich jest więcej kulista, druga zaś mniejsza kształtu kiełbasowatego leżąca na części pierwszej i nieco powyżej niej, okazuje na przedniej swej ścianie dwa lub trzy wręby, które jej walcowatej postaci nadają dziwaczne kształty. Połączenie obu tych części, dolnej kulistej, wychodzącej z miednicy małej i górnej kiełbasowatej, jest zupełnie ścisłe tak, że nie można zmienić ich położenia względem siebie. Bolesność za dotknięciem się jakoteż napięcie obu tych części jest jednakie. Części płciowe zewnętrzne dobrze rozwinięte; okolica wzgórka sromnego bujnym porostem włosów pokryta. Więzadło dolne utrzymane, błona dziewicza nieco naddarta od strony prawej. Wejście do pochwy wązkie, pozwala jednak na badanie wewnętrzne dwoma palcami. Pochwa dość wązka, długa, wyraźnie fałdzista, w całości więcej na lewo położona. Część pochwowa bardzo drobna, stożkowata, ujściem zewnętrznem ku górze zwrócona. Dalszy ciąg macicy bardzo małej, wybadać się daje po lewej stronie miednicy. Dokładne badanie części dodatkowych macicy, utrudnione z przyczyny długości pochwy i znacznego napięcia powłok brzusznych, wykazuje, iż one po stronie lewej powiększonemi nie są, po stronie zaś prawej wybadać się nie dadzą. Przez sklepienie prawe i przednie wyczuć się daje guz o ścianach gładkich, po którym łatwo daje się przesuwać ściana pochwy, guz będący dalszym ciągiem powyż opisanego a przez powłoki brzuszne wybadać się dającego guza, również elastyczny i za dotykaniem bolesny. Poruszalność guza tego od strony pochwy jest bardzo mała. Pomiędzy tym guzem a małą, powyż opisaną, dnem swojem ku lewej stronie zwróconą macicą, nie można wykazać związku ściślejszego. Badanie przez kiszkę stolcową innych szczegółów nie wykazuje. Badanie za pomocą wziernika wykazuje małego stopnia nieżyt szyjki macicy i pochwy. Długość macicy, zgłębnikiem mierzona wynosi $3\frac{1}{2}$ centymetra.

Na podstawie tego badania odważyłem się przez rozumowanie z całą pewnością rozpoznać: *haematometra et haematosalpinx in cornu uteri rudimentario.*

Pozostawiając sobie dalsze uwagi na później, przechodzę do opisu operacyi, którą wykonałem w dniu 21. Października 1892 r. za łaskawą pomocą kol. Dra Festenburga w obecności prym. Dra Ziembickiego.

W narkozie chloroformowej poprowadzono cięcie w linii środkowej ciała, rozpoczynając nieco powyżej pępka a kończąc na 3—4 cm. powyżej spojenia łonowego. Po otwarciu otrzewny przyszyto ją w dolnym kącie rany do powłok zewnętrznych. Z powodu przykrej narkozy pętle jelit wysuwają się ustawicznie przez ranę w powłokach brzusznych i z tej przyczyny zmieniono zwykłe, poziome położenie chorej w ułożenie Trendelenburga. Po rozwarciu brzegów rany ukazał się po prawej stronie jamy brzusznej leżący w dole, typowo wyglądający guz trąbki prawej, wieloma zrostami po większej części wązkimi a długimi ze sąsiedztwem połączony; zrosty te oddzielono bez trudności na tępo. Z przyczyny krótkiego a szerokiego *mesosalpinx* jest ta rozszerzona trąbka w siebie samą zwinięta i otacza w ten sposób jajnik; ujście jej zewnętrzne nie daje się dobrze rozróżnić; brak tak zwanego *morsus diaboli*, ściany jej tworzą powierzchnię nierówną, pagórkowatą. Guz ten trąbki prawej odchodzi od guza większego, wychodzącego z miednicy małej kształtu gruszkowatego, który znajduje się poza otrzewną. Na granicy obu tych guzów założono dwie podwiązki mocne i pomiędzy niemi przecięto i usunięto trąbkę.

Po usunięciu jej można przekonać się dokładnie, że połowę prawą miednicy małej wypełnia guz elastyczny, kształtu gruszkowatego, znajdujący się pod otrzewną; obok zaś po stronie lewej jest poza pęcherzem moczowym mała macica zgięta ku przodowi. Macica w całości nieco w stronę lewą miednicy przesunięta ma po swej lewej stronie cienką (lewą) trąbkę i jajnik (lewy), gdy od strony prawej jest nieco wypukła a części dodatkowych strony prawej wykazać nie można.

Wobec tego po dokładnem oczyszczeniu jamy brzusznej i desinfekcyi zeszyłem powłoki brzuszne dokładnie szwem trójpiętrowym a następnie wbiłem przez pochwę w miejscu najwięcej przez guz wypuklonem gruby trójgraniec, poczem przez wytamponowanie pochwy gazą jodoformową ubezpieczyłem kaniulę trójgrańca przeciwko wypadnięciu i zostawiłem ją komornem. Przez kaniulę wydobywać się zaczęła treść brudna, gęsta, przypominająca nieco smołkę noworodków. Wystrzykiwań żadnych nie robiłem. Przez pierwsze dwa dni wylało się około pół litra płynu gęstego, ciemnego; trzeciego dnia po operacyi wypadła kaniula a ponieważ guza przez badanie zewnętrzne więcej wybadać nie było można, postanowiłem nie robić nic, tylko przestrzykiwać pochwę płynem antyseptycznym.

Stan ogólny chorej przez cały czas po operacyi nie pozostawiał nic do życzenia pomimo, iż przez pierwszych kilka dni utrzymywał się stan podgorączkowy; tętno nie szybsze niż 80 na minutę.

	Rano	Wieczór
21. Października	—	37·3
22. „	37·5	38·0
23. „	37·5	38·1
24. „	38·0	38·5
25. „	37·3	38·3
26 „	37·7	38·2
27. „	37·8	37·7
28. „	37·2	38·0
29. „	37·5	37·5
30. „	37·5	37·5

Od dnia 31. Października ciepłota ciała utrzymywała się zawsze poniżej 37·5° C. Szwy z powłok brzusznych wyjąłem 7-go dnia; dwa szwy w dolnym kącie rany puściły, tamże utworzył się mały powierzchowny ropień.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

Rozpatrując się w przytoczonym wyżej, długim szeregu przypadków, znajdujemy wiele spostrzeżeń wcale niedokładnych i nieprzekonywających, niektórym zaś spostrzeżeniom dałoby się też wiele zarzucić; niektóre tylko przypadki można zaliczyć do rzędu udowadniających pochodzenie kiły potomstwa od matki. Nie mając bynajmniej zamiaru zaprzątać się rozbiorem każdego z osobna przypadku, poprzestaniemy na pobieżnym przeglądzie niektórych tylko: w przypadku S i c k a dziedziczne pochodzenie kiły ulegało wątpliwości, ponieważ u rodziców chorego dziecka nie było żadnych objawów kiły, oraz z wywiadów nie można było powziąć żadnych wskazówek co do pochodzenia kiły dziecka. W przypadkach K o r t u m a, V a s s a l a, B o n o r d e n a, E i c h m a n a, B o e c k a i R o s e n a nie znajdujemy zgoła żadnej wzmianki o stanie zdrowia ojca a więc nie możemy tu wykluczyć udziału ojca w sprawie przekazywania kiły, oraz trudno oznaczyć dokładnie udział w wymienionych przypadkach matki. W przypadkach C a z e n a v a, L a l l e m a n d a, B e r t h e r a n d a i B a r d i n e t a chociaż matka cierpiała niewątpliwie na kiłę a więc mogła choroby udzielić potomstwu, wszakże nie możemy też wyłączyć wpływu ojca, gdyż brakowało wiadomości o jego stanie zdrowia. W niektórych przypadkach R o s e n a i B a e r e n s p r u n g a zachodzi nawet wątpliwość, czy choroba dzieci była kiłą.

Przeważająca jednak liczba przypadków zestawionych wyżej może się ostać nawet wobec ścisłej krytyki, i one też najzupełniej dowodzą pochodzenia dziedzicznej kiły potomstwa od matki; najwięcej przekonywające w tym względzie spostrzeżenia zawdzięczamy K a s s o w i t z o w i, F l i n d t o w i, F o u r n i e r o w i i N e u m a n n o w i.

Z powyższego więc wypada, iż k i ł a m a t k i w w i e l u p r z y p a d k a c h p r z e k a z u j e s i ę d z i e c i o m.

Wobec jednozgodnego prawie uznania możliwości udziału matki w sprawie przekazywania kiły potomstwu dziwnie brzmiało wypowiedziane przez B e h r e n d a [1]), M a y r a [2]) i B e d n a r z a [3]) przekonanie o niemożności zapłodnienia kobiet kiłowych; utrzymywali oni, że dotknięte kiłą kobiety wskutek niepłodności nie przekazują swej choroby potomstwu i dopiero po wyzdrowieniu mogą ze zdrowym ojcem płodzić zdrowe dzieci. Nawet Z e i s s l [4]) niegdyś skłaniał się ku temu zdaniu; jeszcze mniej dorzecznem było zdanie C a p d e v i l l a [5]) utrzymującego, jakoby nabyta przed zapłodnieniem kiła matki nie udzielała się potomstwu w skutek swej niezaraźliwości (?!)

Podobne poglądy wkrótce upadły wobec licznych spostrzeżeń tyczących się kobiet kiłowych, które zachodziły w ciążę

[1]) Archiv für Syphilis und Hautkrankheiten. 1846. I. str. 247.
[2]) Wiener medizin. Zeitschrift. 1851. VII. 4.
[3]) Die Krankheiten der Neugebornen und Säuglinge. Wien 1853. IV. str. 239—240.
[4]) Jahrb. d. Kinderheilkunde, 1858. I. str. 56.
[5]) La Cronica de los Hospitales. 1856. str. 116.

i wydawały na świat potomstwo dotknięte wybitnymi objawami kiły dziedzicznej; Hutchinson[1]) nawet utrzymywał, wbrew twierdzeniom Behrenda, Mayra i Bednarza, iż kiłowe kobiety często bywają bardzo płodne.

Największy poczet dawniejszych autorów twierdził, iż ojciec kiłowy rzadko płodzi zakażone kiłą potomstwo, najczęściej zaś dziedziczna kiła pochodzi od matki; podobne zdania wypowiadali: Fabre[2]), Balling[3]), Collin[4]), Baumés[5]), Ducros[6]), Lallemand[7]), Vidal[8]), Parker[9]), Diday[10]), Lafont-Gouzy[11]), Trousseau[12]), Simon[13]), Marowski[14]).

Nie brakło też zwolenników teoryi, według której kiła dziedziczna nie może pochodzić bezpośrednio od ojca, lecz zawsze tylko od matki. Za wyłącznym udziałem matki w sprawie dziedziczenia kiły przemawiali z dawniejszych autorów: Vassal (l. c.), Beyer[15]), Hufeland[16]), Ingarden[17]), Cooper[18]), Bouchut[19]); wszyscy wymienieni autorowie, wyłączając Vassala, poprzestali atoli na teoretycznem twierdzeniu bez dowodów przekonywającemi spostrzeżeniami; Vassal przytoczył wprawdzie przypadek pewnej wdowy, która zaraziwszy się kiłą, spłodziła z dwoma mężami troje kiłowych dzieci, nie udzieliła jednak swej choroby mężom; innych jednak dowodów, przemawiających przeciwko pochodzeniu dziedzicznej kiły od ojca, Vassal wcale nie przedstawił.

Nieco więcej uzasadnionemi były twierdzenia Culleriera[20]), który zdanie swe o wyłącznym udziale matki w sprawie dziedziczenia kiły opierał na kilku przypadkach, dość dokładnie opisanych; tyczyły się one ojców, nawiedzonych ogólną kiłą, którzy ze zdrowemi matkami płodzili zdrowe i wolne od kiły dzieci; obok tego przytoczył Cullerier kilkanaście spostrzeżeń, tyczących się kiłowych matek, które wydawały na świat potomstwo z dziedziczną kiłą. Nie napotkawszy zaś ani razu przypadku, w którymby niekiłowa matka urodziła dziecię kiłowe, utrzymywał Cullerier, iż kiła dziedziczna wyłącznie tylko od matki pochodzić może, kiła zaś ojca, jego zdaniem, nie wywiera bezpośredniego wpływu na zdrowie dzieci i wcale potomstwu się nie przekazuje.

Notta[21]) przyszedł też do przekonania, iż dziedziczna kiła może pochodzić tylko od matki, widział bowiem 8 przypadków, w których zdrowe matki z kiłowymi ojcami płodziły zdrowe i wolne od kiły potomstwo; oprócz tego widział nieraz kiłowe matki, które wydawały na świat dzieci z kiłą dziedziczną. Wobec tego Notta zaprzecza, iżby ojciec kiłowy mógł przekazać swą chorobę potomstwu i utrzymuje, że zdrowa matka nawet z kiłowym ojcem płodzi wolne od kiły dzieci.

Föllin[1]) we wszystkich bez wyjątku przypadkach kiły dziedzicznej znajdywał u matek oznaki kiły, podziela więc zdanie wypowiedziane przez Culliera i Nottę.

Charriére[2]) utrzymywał, iż dziedziczna kiła zawdzięcza swe pochodzenie zawsze matce, nigdy zaś ojcu; kiłowy ojciec płodzi ze zdrową matką wolne od kiły potomstwo; na udowodnienie swego twierdzenia przytaczał kilka przypadków, tyczących się kiłowych dzieci, spłodzonych przez zdrowego ojca i kiłową matkę.

Według spostrzeżeń Langleberta[3]) matka kiłowych dzieci zawsze przedstawia objawy kiły.

Durac[4]) i Mireur[5]) także zaprzeczają ojcowskiemu pochodzeniu kiły potomstwa i przypisują matce wyłączny udział w sprawie przekazywania dziedzicznego kiły dzieciom.

Jeden z obrońców teoryi Culleriera i Notty, szwedzki syfilidolog Oewre[6]) przytoczył długi szereg spostrzeżeń, które udowadniają zdaniem jego wyłączny udział matki w przekazywaniu kiły potomstwu; spostrzeżenia te tyczyły się 50 kiłowych ojców, którzy spłodzili 120 zdrowych i wolnych od kiły dzieci. Wypowiada Oewre wskutek tego stanowcze zdanie, że zdrowe matki zapłodnione przez kiłowych ojców, wydają pomimo to na świat wolne od kiły potomstwo; natomiast zaś u matek dzieci, nawiedzonych kiłą dziedziczną, zawsze można wykazać objawy kiły a więc jego zdaniem, kiła dziedziczna potomstwa pochodzić może wyłącznie tylko od matki.

Wypada tu wszakże przytoczyć, iż przeciwko twierdzeniom Oewrego wystąpił ziomek jego Abelin[7]), broniąc możliwości pochodzenia kiły dziedzicznej od ojca; na udowodnienie zaś swego zdania przytoczył 7 przypadków tyczących się zdrowych matek, które z kiłowymi ojcami płodziły potomstwo z objawami dziedzicznej kiły.

Z wybitniejszych syfilidologów do rzędu zwolenników teoryi wyłącznego udziału matki w sprawie przekazywania kiły potomstwu zaliczać należy: Sigmunda[8]), Boecka[9]) Eisenschitza[10]), Sturgisa[11]), Lewina[12]) i Engelstedta[13]).

(Ciąg dalszy nastąpi).

---

[1]) Étude clinique sur certaines maladies de l'oeil et de l'oreille consécutives a la syphilis héréditaire. Paris 1884. Aph. XIX. str. 234.
[2]) Etude clinique sur certaines maladies de l'oeil et del oreille consécutives à la syphilis héréditaire. Paris 1884. Aph. XIX. str. 234.
[3]) Traité des maladies vénériennes. 1775. str. 2.
[4]) Liter. Annalen der gesammten Heilkunde 1832. XXIV. str. 129—130.
[5]) Hygiea 1839. November.
[6]) Behrends Syphilidologie 1842. IV. str. 63—64, 546—547.
[7]) Tamże 1843. IV. 4. str. 46.
[8]) Archiv für Syph. und Hautkrank. 1846. I 3. str. 419—423.
[9]) Traité des maladies vénériennes. Paris 1853. str. 506.
[10]) The modern treatment of syphilic diseases. London 1854.
[11]) l. c. str. 34 i następne.
[12]) Journal de médecine de Toulouse 1854. Avril — May.
[13]) Gaz. des hôpitaux 1855. 125.
[14]) Handbuch der spec. Path. und Ther. von Virchow 1855. III. str. 443.
[15]) Deutsche Klinik. 1863. 5. 6. 8/10: 12.
[16]) Hufelands Journal 1821. XIII. str. 109.
[17]) Tamże 1827. XXIV. str. 19.
[18]) Syphilidologie. Wien 1845. str. 133.
[19]) Theor.-pract. Vorlesungen über Chirurgie. Erlangen 1845. str. 110.
[20]) Traité pratique des maladies des nouveau-nés II. édition. Paris 1852. str. 866—867.
[21]) Mémoires de la Soc. de chirurgie 1854. IV. str. 153; Précis coniographique des maladies vénériennes. Paris 1866 str. CII.

[1]) Arch. génér. de médecine. 1860. I. Mars. str. 272—284.
[2]) Traité de pathologie externe 1861. I. str. 779.
[3]) La Syphilis dans ses rapports avec le mariage. Paris 1873. str. 211.
[4]) De l'hérédité de la syphilis. Thése de Montpellier 1866.
[5]) Essai sur l'hérédite de la syphilis. Paris 1867. — Marseille médicale 1873 Juin.
[6]) Nordiskt medic. Arkiv. 1872. IV. 1. str. 1 — 10; 1873. V. 3. str. 1—15; 1875. VII. 14 str. 1—25.
[7]) Tamże 1872. 27 str. 1—20.
[8]) Pithas u. Billroths chirurgisches Handbuch. Syphilis von Sigmund str. 208—209.
[9]) Erfahrungen über Syphilis 1875. str. 176—177.
[10]) Wiener medicin. Wochenschrift 1873. 48. 49.
[11]) Chicago medical Times und Examiner. 1876. XXXIII, June, str. 514.
[12]) Berliner klinische Wochenschrift 1876. 2. 3.
[13]) Ugeskrift for Laeger. 1876. 3 R. XXI. 13. 14.

IV. Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowny Panie Redaktorze!

Uprzejmie proszę o zamieszczenie w najbliższym numerze *Przeglądu Lekarskiego* następujących wierszy:

W artykule p. t. *Przypadek całkowitego wykluczenia jelita ślepego; zastósowanie płytek z brukwi w ileokolostomii sposobem* Senna. *Wyzdrowienie*: (patrz *Przegl. Lek.* 1894. Nra 17, 18, 19 i 20) przytacza p. Dr. Barącz wyniki mojej pracy, przedstawione na V. Zjeździe Chirurgów polskich w wykładzie: *O wykluczaniu pętli jelitowych.*

Na str. 223 pisze p. Dr. Barącz: „Jako warunek udałego doświadczenia postawił Klecki, by zwierzęta przez cały czas po operacyi były prawidłowe, t. j. nie przechodziły ani zapalenia otrzewny, ani stanu septycznego i ażeby pętla wykluczona nie podlegała żadnym zmianom patologicznym.“ Ustęp ten zaopatrzył p. Dr. Barącz wykrzyknikiem oraz pytajnikiem.

Na V-tym Zjeździe Chirurgów polskich przedstawiłem wyniki pracy doświadczalnej, mającej na celu wyświecenie sprawy powstawania kału a więc sprawy fizyologicznej. W pracy tej stósowałem jako metodę doświadczalną wykluczanie pętli jelitowych u psów. Na podstawie rezultatów chirurgicznych, jakie w ten sposób niejako ubocznie otrzymywałem, wyrobiłem sobie o wartości tej nowej operacyi pewne zdanie, które w wykładzie swoim *O wykluczaniu pętli jelitowych* starałem się uzasadnić.

W wykładzie tym przedstawiłem wyniki pracy tyczące się sprawy fizyologicznej oraz wyniki chirurgiczne. Zarówno w przytoczonym wykładzie, jako też w *Sprawozdaniu z V. Zjazdu chirurgów polskich* (patrz *Przegl. Lek.* 1893 Nr. 34, 35), którego sam jestem autorem a na które p. Dr. Barącz powołuje się, zaznaczyłem kilkakrotnie bardzo wyraźnie (patrz str. 453, 454, 464), że głównym tematem mej pracy była kwestya fizyologiczna i starałem się wykazać, że dotychczasowe zapatrywanie się na powstawanie kału jest błędnem dla tego, że opiera się przeważnie na doświadczeniach pod względem fizyologicznym nieudałych (str. 453, 454). Nic dziwnego przeto, że przy wysnuwaniu z swej pracy wniosków, tyczących się tej sprawy fizyologicznej uwzględniałem jedynie doświadczenia udałe, czyli takie, w których udało mi się stworzyć okoliczności zbliżone do prawidłowych.

Z szeregu, złożonego z 22 doświadczeń, zaledwo 3 mogłem był uważać za udałe pod względem fizyologicznym. W pozostałych doświadczeniach zaszły komplikacye patologiczne, które sprawiły, że uważałem doświadczenia te za nieodpowiednie do wysnuwania z nich wniosków fizyologicznych, czyli za doświadczenia nieczyste. Były to właśnie te doświadczenia, w których wyniki operacyjne były złe.

Wyniki chirurgiczne mojej pracy, przemawiające na niekorzyść wykluczania pętli jelitowych, opierały się przeważnie na owych doświadczeniach, nieudałych pod względem fizyologicznym (patrz str. 454 i 464).

Tyle słów odpowiedzi na podany przez p. Dra Barącza pytajnik.

Co się zaś tyczy wykrzyknika, którego znaczenia nie rozumiem, to muszę nadmienić, że powyższa odpowiedź moja byłaby się stała zupełnie zbyteczną, gdyby p. Dr. Barącz był postawił znak ten nie obok pytajnika a tylko o 9 wierszy przed nim. Postawiony bowiem na tem miejscu wykrzyknik byłby może zwrócił uwagę autora na tę okoliczność, że odpowiedź na postawiony przez niego pytajnik znajduje się w jego własnej pracy w następujących słowach: „Klecki wykluczył u 22 psów jelito w celu wyświecenia kwestyi powstawania kału, chcąc zbadać treść nagromadzoną w wykluczonych pętlach przez różny przeciąg czasu“. (Nr. 17 str. 222).

Racz przyjąć Szanowny Panie Redaktorze i t. d.

Kraków dnia 21. Maja 1894. *Dr. Karol Klecki.*

V. Oceny i sprawozdania.

Anatomia patologiczna.

Schlenker: **O pospolitości zmian gruźliczych w zwłokach ludzkich.**

Ze zmiany gruźlicze lub ślady ognisk gruźliczych znajdujemy często w zwłokach osób, u których badanie kliniczne nie naprowadzało na myśl gruźlicy, wiadomo oddawna. Według rozmaitych autorów mają u $^1/_4$ do $^2/_3$ wszystkich zwłok znajdywać się objawy lub resztki ukrytej gruźlicy.

Autor przeprowadzał badania na 100 zwłokach w ten sposób, że po dokonaniu dokładnych sekcyj, poddawał raz jeszcze płuca a szczególnie szczyty płuc, tudzież gruczoły oskrzelowe, kreskowe i szyjne szczegółowemu badaniu.

Ze 100 zwłok okazało się 66 gruźliczych. Z tych była gruźlica główną chorobą, względnie przyczyną śmierci w 53%. Cyfry te należy uważać za najmniejsze, albowiem nawet pomimo najdokładniejszego badania można przeoczyć jaką zmianę ukrytą. Autor dochodzi na podstawie wyników swych do wniosku, że gruźlica jest o wiele bardziej rozpowszechnioną, niż się to przypuszcza ogólnie i że częste są przypadki wyleczenia. Różnica między wynikami różnych autorów nie zależy według S. od różnej częstości gruźlicy w różnych krajach, lecz od rodzaju materyału tworzącego podstawę do statystyki, materyału zależnego w głównej części od warunków przyjmowania chorych do szpitala, który materyału tego dostarcza. (*Virchow's Archiv.* Tom 134.) *Dr. Beck*

Choroby zakaźne.

H. Grüneke: **O prątkach durowych w szpiku kostnym.**

W r. 1889. opisał Ebermaier 8 przypadków duru, z pomiędzy których w dwóch wykazał prątki durowe w ogniskach zapalnych około okostny; z nich jedno było ropne. Ebermaier otrzymał również prątki durowe przeszczepiając na żelatynę szpik z żeber zmarłego w dwudziestym czwartym dniu choroby, gdy przeszczepienie szpiku z kości udowej z tychże zwłok wypadło bez skutku. Grüneke prowadził te doświadczenia dalej na dziewięciu zwłokach durowych, badając zawsze szpik z żebra, w dwóch przypadkach z mostka a do kontroli służyły mu hodowle ze śledziony. W ośmiu przypadkach rozwinęły się rzeczywiście kolonie durowe, w dziewiątym zaś, u którego sekcya wykazała oczywiście już zupełnie wrzody w jelitach, po części ziarniną pokryte nie rozwinęły się bakterye durowe. Na podstawie tego utrzymuje autor, że w czerwonym szpiku kostnym w przebiegu duru brzusznego prątek Ebertha znajduje się równie stale, jak w śledzionie i sądzi, że i w szpiku kości długich również znajdują się prątki, jeśli ten szpik jest czerwony a właśnie w przebiegu chorób zakaźnych miejsce szpiku tłuszczowego zajmuje szpik czerwony, limfoidalny. Grüneke uważa więc te zapalenia kości w durze, w którym można wykluczyć zakażenie następowe, jako wywołane przez prątki durowe. Reasumując w końcu działanie prątka Eberthowskiego, powiada autor, że zwykle wywoływa on rdzeniaste nacieki w narządzie limfatycznym jelit, przypadkowo może również wywoływać proliferacyjne zapalenie w kościach i innych narządach, które przybiera w wyjątkowych przypadkach cechy

zapalenia ropnego. Prątek durowy może więc wywoływać ropienie a twierdzenie to opiera Grüneke oprócz powyższych przypadków na przypadku Stühlena. (*Berl. klin. Wchschrft.* 15. 1894). *Dr. J. Marischler.*

A. Stülen: **O zapaleniu opon durowem** (*meningitis typhosa*).

Dotychczas znano z drobnoustrojów, wywoływających ropne zapalenie opon, gronkowiec złocisty, paciorkowiec ropotwórczy oraz ziarnik zapalenia płuc Fränklowski. Znajdywano również *diplococcus intracellularis* Weichselbauma i *bacillus meningitidis* Neumanna. Prątek durowy, dotychczas przez jednych uważany jako w ogóle nie wywołujący ropienia a tem mniej zapalenia opon, znalazł Hintze w wypocinie krwotoczno-ropnej *lepto- et pachymeningitidis*. Stühlen opisuje podobny przypadek. Choroba wystąpiła u robotnika, który zachorował 28. Lipca 1893. i u którego przez całą chorobę występowały na pierwszy plan objawy mózgowe, jakkolwiek senzoryum początkowo nie było zajęte a tylko głuchota pojawiła się od początku. O wybitnej sztywności karku można było przekonać się dopiero na dzień przed śmiercią, która nastąpiła 5. Sierpnia. Sekcya wykazała ropne zapalenie opon mózgo-rdzeniowych. Cała powierzchnia mózgu, szczególnie w tylnych płatach, była pokryta grubą warstwą ropy. Oprócz tego znaleziono w innych narządach zmiany właściwe dla duru brzusznego z szybkim przebiegiem. Badanie bakteryologiczne ropy z opon dało na płytkach żelatynowych i ziemniakach kolonie charakterystyczne. Jako dowód, że prątek Ebertha wywołał te zmiany w oponach, przytacza Stühlen, że tylko ten jeden gatunek mógł wyhodować z tej ropy. (*Berliner klinische Wochenschrift.* 15. 1894).

Dr. J. Marischler.

Chirurgia.

Attilio Catterina: **O resekcyach ręki i stopy.**

Autor w wyczerpującej swej rozprawie habilitacyjnej nie traktuje w równej mierze resekcyi stopy i ręki, bo gdy resekcyom ręki poświęcił 210 stronnic i tablicę, zbył resekcyę stopy tylko 46 stronnicami. Tłómaczy się to po części tem, iż resekcye ręki ważniejsze są aniżeli stopy, po części zaś, że autor sam dla resekcyi ręki podaje nową metodę. Podobnie, jak Obaliński przy resekcyi stopy, prowadzi on cięcie podłużne pomiędzy 3-cim a 4-tym palcem, przecinając wszystkie części miękkie między kośćmi śródręcza tychże palców a po stronie grzbietowej przedłuża następnie cięcie aż na przedramię. Drążąc teraz od cięcia na grzbiecie w głąb łatwo usunąć można schorzałe kości, torebkę stawową i t. d., przyczem unikać należy nadwerężenia łuku tętniczego. O łatwości wykonania tej operacyi sam się przekonałem. Zwrócić tu też należy uwagę, iż Obaliński jeszcze wcześniej w ten sposób operował, aniżeli Catterina, jednakże dotąd tego nie ogłosił.

Krótko i wyczerpująco opisuje autor dotychczas znane metody resekcyi ręki i stopy; pojąć atoli trudno, dlaczego przy resekcyach stopy pomija milczeniem metodę Obalińskiego, chociaż ją zna, bo na str. 46. przyznaje się, iż mu dała pomysł do zastósowania tegoż cięcia do resekcyi ręki a na str. 202. ciągle jeszcze pisząc o resekcyach ręki, zwraca uwagę na ujemne strony cięcia Obalińskiego. Przytaczając zaś literaturę, pomieścił prace Obalińskiego przy resekcyach ręki. Z tem wszystkiem zalecić można rozprawkę Catteriny każdemu, kto chce mieć dokładny a treściwy obraz obecnego stanu resekcyi ręki i stopy.

Przy tej sposobności przypomniał on pamięci trzech swoich rodaków, pomijanych w podręcznikach. Marco Aurelio Severino, chirurg neapolitański, już w roku 1646. z dobrym skutkiem resekował kość skokową, piętową i czółenkowatą, o czem pisali w r. 1869. Larghi i Albanese. Autor ujmuje się szczególniej za tym ostatnim, który operował i opisał własną metodę resekcyi stopy, którą Lauenstein w 24 lat później podał jako swoją własną. Wobec tego żąda, aby metodę dotychczas znaną jako Lauensteinowską, nazwano metodą Albanesego. (*Padova. 1893*). *Dr. Bogdanik.*

Attilio Catterina: **Całkowita przednia resekcya stępu.**

Aby uniknąć obrażenia ścięgien, nerwu i łuku tętniczego, proponuje autor następującą modyfikacyę znanego cięcia Obalińskiego. Nożem brzuszastym prowadzi się cięcie przez grzbiet stopy począwszy od linii międzykostkowej (*intermaleolare*) nieco bliżej kostki zewnętrznej przez skórę ku przestworowi pomiędzy palcem drugim a trzecim, następnie zwracając nóż ku dołowi, przecina się w tejże linii cały przestwór pomiędzy kośćmi śródstopia palca 2-go i 3-go. Potem oddziela ścięgna na grzbiecie stopy, które usuwa na boki i resekuje schorzałe kości. W ten sposób wykonał resekcyę w Marcu r. b. — o wyniku jeszcze mowy być nie może. (*Riforma Medica. Marzo, 1894*). *Dr. Bogdanik.*

Zapiski terapeutyczne.

— E. Hecker: O leczeniu histeryi. Pojąć bardzo łatwo, że leczenie każdej choroby zmienia się w biegu czasu, stósownie do zmiany naszych o jej naturze wiadomości i gdy n. p. dawniej świerzb jako mniemaną chorobę krwi leczono energicznie środkami wewnętrznymi, osobliwie krew czyszczącymi, dziś leczymy ją tylko zewnętrznie. Tak samo stało się i z leczeniem histeryi, którą dawniej idąc za Rombergiem uważano za nerwicę zwrotną, pochodzącą ze zadrażnienia części rodnych u kobiet, gdy dziś wiemy, iż zdanie to jest mylne, jak tego najlepszym jest dowodem okoliczność, iż histerya pojawia się i u mężczyzn i to nawet wcale nie rzadko.

Histeryę liczymy teraz do nerwic czynnościowych, co tylko oznacza, iż dzisiejszymi środkami nauki nie możemy wykryć zmiany anatomiczno-patologicznej, będącej jej podstawą. Co do siedziby ogniska chorobowego w histeryi, dwa są obecnie poglądy. Według jednych histerya jest chorobą przeważnie fizyczną, somatyczną, ogólnem osłabieniem i zadrażnieniem układu nerwowego; według drugich, na czele których stanął Liebermeister, Charcot, do których w ostatnich czasach przyłączył się Moebius, histerya jest po prostu chorobą umysłową, psychozą, w której i objawy somatyczne zależą od czynników psychicznych. Są wreszcie i tacy, jak Oppenheim, Jolly i Loewenfeld, którzy w tej sprawie pośrednie zajmują stanowisko.

Autor przyszedł na podstawie swych własnych spostrzeżeń do zdania, że histeryę pojąć można najjaśniej, jeżeli się weźmie za podstawę trzy okoliczności psychiczne, stanowiące grunt wszystkich przypadków tak somatycznych jak i psychicznych tej choroby a mianowicie:

1) u osób histerycznych łączą się prawie wszystkie wyobrażenia z mniej lub więcej żywemi sensacyami;

2) sensacye te stopniując się przechodzą bardzo łatwo — i to rzecz bardzo ważna — w odpowiednie afekta a

3) afekta te, jako dostatecznie nie umotywowane, nie są trwałe, t. j. tak łatwo znikają, jak łatwo się pojawiły, i stanowią przez to przyczynę tak cechującej histeryę, prędkiej, na pozór kapryśnej zmiany usposobienia.

Ztąd łatwo pojąć, dlaczego u osób histerycznych ciche życzenie przemienia się tak nagle w gwałtowną pożądliwość, proste niezadowolnienie z pewnej osoby w jawną dla niej niechęć i naodwrót nieznaczna sympatya w zachwyt. Tak samo tłómaczy się nagłe przejście z wesołości do smutku, z miłości do nienawiści i t. p.

U wszystkich ludzi, nawet i u zdrowych, łączą się wzruszenia umysłowe, stósownie do swego rodzaju z pewnymi, ściśle określonymi objawami fizycznymi, zmysłowymi a ztąd rzecz prosta, że te objawy odgrywają rolę bardzo wybitną u osób histerycznych, u których całe życie umysłowe zmienia się ciągle pod wpływem wrażeń zewnętrznych. Z wzruszeń umysłowych występują najłatwiej niemiłe; te najłatwiej też łączą się z objawami fizycznymi, osobliwie jeżeli

powstają nagle i gwałtownie, jak mianowicie strach, gniew, tudzież bojaźń i trwoga.

O strachu wiadomo oddawna, że gra znaczną i to podwójną rolę w histeryi, raz iż bywa bardzo często przyczyną pierwszego wybuchu objawów choroby i to ciężkich, jak kurczów, porażeń, utraty mowy a powtóre, iż w dalszym przebiegu choroby bywa pospolitym i ważnym jej objawem.

Jeżeli przypatrzymy się objawom, jakie nagły przestrach wywołuje u ludzi nawet zdrowych, jak pod jego wpływem zatrzymuje się po gwałtownym wydechu z krzykiem oddech, który potem przemienia się w kurczowe ruchy oddechowe, jak serce naprzód bić przestaje a następnie bije gwałtownie i nieregularnie, jak blednie skóra na twarzy a nawet chwilowo występuje zupełna niemożność ruchów, niby porażenie, ustaje głos i t. d. i porównamy je z głównymi przypadami histeryi, to pokaże się zupełne ich podobieństwo. Jakoż mamy w histeryi krzyk i płacz, bezdech, objawy ze strony serca i naczyń, porażenia, kurcze, bezgłos, znieczulenia, utratę wzroku, słuchu i t. p. Innemi słowy znaczy to, że w histeryi mamy w znacznej części objawy podobne do tych, jakie u ludzi zdrowych widzimy pod wpływem gwałtownego przestrachu.

Jest dalej znaną oddawna właściwością wzruszeń umysłowych, że nawet u ludzi zdrowych powiększają sugestyą. Tak n. p. człowiek w trwodze poddaje się tak łatwo wszelkim czy to somatycznym czy psychicznym wrażeniom w zakresie wyobrażeń odnoszących się do owego wzruszenia umysłowego, że bierze wszystko za prawdę, co mu poddaje podniecona wówczas wyobraźnia: w prostej wierzbie widzi straszydło, w szumie liści słyszy głosy swych nieprzyjaciół a ponieważ histerya tem się właśnie odznacza, że usposobienie chwilowe przemienia się w afektacye ostre lub przewlekłe, przeto łatwo pojąć, iż w tej chorobie podwyższona jest patologicznie zdolność poddawania się sugestyi (*suggestibilitas*). Klasyczny w tej mierze przytacza Charcot przypadek u kobiety, która w gwałtownym gniewie uderzyła syna w twarz ręką i w niej odtąd utraciła władzę, czucie, czyli dostała porażenia i nieczulicy. Charcot tłómaczy ten przypadek w ten sposób, że gwałtowne wstrząśnienie ręki czyli uraz wywołał naprzód uczucie otrętwienia i osłabienia, które przez podwyższenie chorobowe autosugestyi przemieniły się niezwłocznie w porażenie ruchu i zniesienie czucia. W podobny sposób wpływa sugestya na powstawanie przeważnej liczby fizycznych i psychicznych przypadów histeryi, lubo oczywiście nie zawsze daje się to wykazać tak jasno, jak w przytoczonym co właśnie przypadku Charcota. Ta to chorobowa sugestya gra niewątpliwie wielką rolę w powstawaniu tak ważnego i pospolitego w histeryi przypadu, jakim jest chęć a raczej mimowolny popęd do przesadzania a ztąd (pozorna) skłonność do udawania czyli symulacyi. W ten to sposób tłómaczy się to pospolite zjawisko w histeryi, iż lekarz przez proste zapytanie się o jakiś przypad chorobowy wywołuje u osoby histerycznej mniemanie, iż ona na przypad ten cierpi, co niedoświadczony mógłby wziąć za prostą symulacyę. Tutaj to należy znana i nielekarzom zaraźliwość przypadów histeryi, prowadząca nieraz do prawdziwych epidemij tej choroby.

To znamię psychicznego swego początku mają wszystkie fizyczne objawy histeryi, jak n. p. tego dowodzą występowanie znieczulenia nie w przebiegu anatomicznym jednego lub drugiego nerwu, lecz naokoło pewnej części kończyny, porażenia ruchów służących do pewnej tylko czynności, gdy inne odbywają się prawidłowo i t. d.

Nie ulega przeto, zdaniem autora, wątpliwości, że h i s t e r y a j e s t p r z e d e w s z y s t k i e m c h o r o b ą p s y c h i c z n ą, w której przypady fizyczne mają przyczynę również psychiczną i k t ó r e j l e c z e n i e m u s i b y ć w p i e r w s z y m r z ę d z i e t a k ż e p s y c h i c z n e.

Co się tyczy zapobiegania naprzód chorobie, to pamiętać trzeba, iż histerya rozwija się często na tle dziedzicznego usposobienia; należy zatem już u małych dzieci zapobiegać chorobowemu rozwijaniu się wyobraźni i marzycielstwu, starać się o to, by panowały nad swem usposobieniem i zachceniami. W tej mierze niepoślednią oddają usługę rozmaite sposoby wzmacniania sił fizycznych, jak obmywania zimną wodą i kąpiele, gimnastyka, pływanie, różne gry towarzyskie łączące się z ruchem ciała. Dzieci lękliwe trzeba chronić, ile możności od przestrachu a zatem i od czytania i opowiadania im przejmujących zgrozą historyj lub legend i t. d. Tutaj to także należy baczyć, by zbytnią nauką nie wysilać jednostronnie układu nerwowego u dzieci; niestety wobec dzisiejszych wymagań nie zawsze można coś zdziałać na tem polu.

Leczenie wybuchłej już histeryi wymaga przedewszystkiem oddalenia od osoby chorej wszystkich wpływów szkodliwych, do których w pierwszym rzędzie należy otoczenie i drażniące ciągle i przerzucające się z czułostkowości i zbytniej nad chorą osobą litości w drugą ostateczność, t. j. lekceważenie przypadków chorobowych i wynikających z nich dolegliwości, tudzież surowość prowadzącą znów do chorobowego przesadzania ze strony chorych. Dlatego we wszystkich przypadkach, czy to cięższych czy lżejszych, trzeba starać się o to wszędzie, gdzie tylko można, by chorzy opuścili dotychczasowe swe towarzystwo a udali się w zupełnie nowe, od którego z jednej strony mniej wymagają a które z drugiej strony przez swój spokój i rozsądną obojętność na przesadzanie dolegliwości wpływa korzystnie.

Tutaj w pierwszym rzędzie zasługują na polecenie osobne zakłady dla osób nerwowo chorych (ale nie dla obłąkanych), zakłady, w których chorzy znajdują i wszystkie warunki potrzebne do uspokojenia podrażnionego układu nerwowego i ciągłą a rozsądną opieką lekarską i możność użycia wszystkich tych środków terapeutycznych, o których trudno myśleć we własnem pomieszkaniu chorych.

Oczywiście, że i w takich zakładach leczenie histeryi nie jest łatwem bynajmniej zadaniem, że wymaga pewnego zasobu wiadomości psychiatrycznych, taktu i zręczności ze strony lekarza, który musi umieć z jednej strony pojmować cierpienia chorych, z drugiej nie przypisywać im zbytniego znaczenia a w danym razie występować stanowczo, choć wcale nie szorstko, co jednak nieraz podoba się nielekarzom.

Bardzo ważną rolę w leczeniu odgrywa odwrócenie uwagi chorych, do czego nie nadają się właściwe rozrywki i zabawy, lecz odpowiednie towarzystwo, zatrudnienie fizyczne n. p. w ogrodzie, ćwiczenia gimnastyczne i umysłowe, jak czytanie odpowiednich książek, stósowne gry towarzyskie, nauka obcych języków, przyczem trzeba postępowanie w tej mierze stósować do indywidualności każdego z osobna przypadku, z drugiej strony baczyć, iżby te środki uważali chorzy za leczenie systematyczne a nie za proste zajęcie się bez celu.

Wobec tego, że znaczna część objawów histeryi polega na sugestyi, nasuwa się myśl, ażeby hipnotyzmu użyć do leczenia tej choroby. Otóż przekonał się autor, iż rzeczywiście nieraz można użyć korzystnie hipnotyzmu nie do wyleczenia choroby jako całości, ale do usunienia pewnych, nieraz bardzo dolegliwych jej przypadów, jak n. p. newralgij, ciężkich kurczów i t. p. Oczywistą jest rzeczą, że i hipnotyzm nieraz zawodzi, mianowicie jeżeli autosugestya jest mocniejsza od sugestyi cudzej.

Szkodliwego działania hipnotyzmu autor nie widział a chwilowe po użyciu tego środka dolegliwości, jak bicie serca, zajęcie głowy, uczucie osłabienia znów usuwał hipnotyzmem. Oczywiście, że przy użyciu i tego środka potrzeba pewnych ostrożności, t. j. nie hipnotyzować chorych, którzy się tego obawiają, stósować tylko łagodniejsze sposoby i nie robić niepotrzebnych na tem polu doświadczeń, lecz ograniczać się jedynie do sugestyi tego, co odnosi się do leczenia choroby.

Łatwo też pojąć, iż nie można oprzeć się w leczeniu wyłącznie na hipnotyzmie, lecz trzeba i na jawie prowadzić dalej leczenie psychiczne i wyzyskiwać w tej mierze łatwość

do sugestyi pacyentów, których tylko dopóty można leczyć skutecznie, dopóki posiada się ich zaufanie.

Bez leków właściwych nie można się obejść w leczeniu histeryi; pamiętać wszakże trzeba, iż w wielu przypadkach działają one tylko psychicznie a zawsze jedynie symptomatycznie, gdyż nie mamy dotychczas żadnego swoistego środka przeciw histeryi. Właściwe tak zwane leki przeciwhisteryczne jak kozłek, czarcie łajno *(asa foetida)*, piżmo mają znaczenie tylko środków skrzepiających i łagodzących kurcze. Z makowcem i jego przetworami trzeba wielkiej ostrożności, by się chorzy do nich nie przyzwyczaili. Ze środków nasennych zasługują na użycie w odpowiednich przypadkach przedewszystkiem paraldehid, do zażywania wszakże z powodu woni i smaku bardzo nieprzyjemny, sulfonal i tryonal. Z użyciem antypiryny, antyfebryny, fenacetyny i przetworów bromu trzeba ograniczać się do rzeczywistej tylko potrzeby w odpowiednich przypadkach.

Nader ważnem jest leczenie dyetetyczne, mające na celu głównie polepszenie ogólnego odżywiania: tutaj to należy wysyłanie chorych nad morze, na wieś i w góry tudzież leczenie tuczące Weira Mitchela czyli Playfaira, w ostatnich czasach przez Leydena gorąco zalecane a działające prócz tego często psychicznie przez oddalenie chorych z dotychczasowego otoczenia, odosobnienie i spokojne leżenie w łóżku.

Do środków tego rodzaju wzmacniających ustrój należą dalej żelazo, arsen, leczenie wodą i elektrycznością, których sposoby użycia trzeba starannie dobierać stósownie do właściwości przypadku.

Co się tyczy leczenia ginekologicznego, trzeba w każdym przypadku rozważyć starannie, co jest szkodliwszem, czy pozostawienie jeszcze *in statu quo* nieznacznego nieraz cierpienia ginekologicznego, czy też narażanie ustroju chorego na zadrażnienie nieodłączne od takiego leczenia. W wielu przypadkach trzeba naprzód wzmocnić i uspokoić układ nerwowy a potem dopiero wziąć się do leczenia miejscowego. Coraz też mniej znajduje zwolenników zdanie, iż wytrzebienie i wycięcie łechtaczki są swoistemi przeciw histeryi środkami. Nie ulega wprawdzie wątpliwości, iż w histeryi nie można bynajmniej wyrzec się środków działających fizycznie, ale to pewna, iż działają one tylko przypadowo i że l e c z e n i e h i s t e r y i w i n n o b y ć g ł ó w n i e p s y c h i c z n e. *(Therapeutische Mtshefte.* Kwiecień i Maj 1894).

— Do zapisywania kreozotu nadaje się wzór:

64) Rp. *Kreosoti fagini* 10·00
Jodoformii 1·25
Eucalyptoli 5·00
Acidi arsenicosi 0·005—0·10
Strychnini nitrici 0·10
Atropini sulfurici 0·005
Exti et pulv. gentianae
Gummi arabici $\widehat{aa}$ *q. s.*
M. exactissime.
F. l. a. pill. centum.

S. Od 10 do 20 pigułek zażywać przez dzień.

Jeżeli prócz gruźlicy płucnej chory doznaje jeszcze dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, należy powyższy przepis zmienić w ten sposób:

65) Rp. *Kreosoti fagini* 10.00
Naphtholi 6·00
Codeini 0·50
Atropini sulfurici 0·002—0·005
Exti et pulv. gentianae
Gummi arabici $\widehat{aa}$ *q. s.*
M. exactissime.
F. l. a. pill. centum.

S. Od 10 do 20 pigułek zażywać dziennie.

Jeżeli chodzi o zadawanie dziennie po 3 do 5 gramów kreozotu, wtedy prócz powyższych pigułek nadaje się roztwór kreozotu w tranie rybim podany przez Boucharda:

66) Rp. *Kreosoti fagini* 25·00
Olei jecoris aselli
q. s. ut f. demilitra.

DS. Zażywać rano i wieczór po łyżce stołowej.
(Bulletin général de Thérap. 30. Kwietnia 1894).

†

VI. Dr. Ludgard Gąsiorowski,

lekarz zakładu karnego w Stanisławowie, zmarły po krótkiej chorobie w dniu 21. Maja w 46. roku życia, był wychowańcem Uniw. Jagiell. Był to kolega zacny, przytem cichy i skromny a dla swych cnót i prawości charakteru, zjednał sobie u wielu z grona swych kolegów serdeczną przyjaźń i szacunek. Nagły jego zgon wywołał żal powszechny, tembardziej, że był tak niespodziewany. Zgasły pozostawił liczną rodzinę.

Obowiązki lekarza więziennego pełnił z niezwykłą sumiennością a swym pacyentom, niestety przeważnie skazańcom, niósł prawdziwie umiejętną pomoc lekarską a co więcej i duchową — bywał im pocieszycielem. Posiadając w osobno wybudowanym szpitalu obfity materyał, zwykł był ważniejszymi przypadkami dzielić się ze swymi kolegami a był do tego stopnia troskliwym, że bez ich pomocy rzadko kiedy przedsiębrał cokolwiek ważniejszą operacyę; pragnął, aby zabieg operacyjny, chociaż dla więźnia wypadał, jak tylko można, najlepiej. (Umieszczał też niektóre ze swych spostrzeżeń i w *Przeglądzie lekarskim*, jak ostatnie: Przypadek róży zgorzelinowej moszen, zakończony wytrzebieniem *(castratio)* Nr. 19. rok 1893). Taka troskliwość lekarza, zwłaszcza więziennego, zasługuje tylko na uznanie.

To też sekcya stanisławowska, której zebrania naukowe niestety rzadko się odbywają a to z przyczyny niewielkiej liczby chętnych kolegów, wybrała go jednogłośnie na swem zebraniu kwietniowem powtórnie zastępcą (prezesa) przewodniczącego, pragnąc tem samem dać mu wyraz swego szacunku i poważania — niestety nie nadługo. Szczupłe, lecz szczerze kochające go grono kolegów traci w nim towarzysza i wzorowego kolegę, który umiał pojąć obowiązki lekarza i przejąć się na wskróś etyką koleżeńską.

Cześć Jego pamięci! *Dr. Ostafiński.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 31. Maja 1894 r.

VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie od 23. do 26. Lipca b. r.

W dalszym ciągu zapowiedzieli wykłady

w sekcyi chirurgicznej:

Dr. Krajewski z Warszawy: *peri- et paratyphilis.*

Dr. Kryński z Krakowa: 1) O leczeniu chirurgicznem zapaleń otrzewny (referat). 2) Komunikat oryginalny.

Dr. Bogdanik z Białej: 1) O pierwszej pomocy udzielić się mającej rannym w przyszłej wojnie (na podstawie doświadczeń w Białej w r. 1890. i w Polskiej Ostrawie w r. 1894). 2) O przyszyciu wypadającej odbytnicy do ściany brzusznej *(colopexia abdominalis).*

Demonstracya apparatów Hessinga, prawdopodobnie przez autora lub jego zastępcę.

— **Komisya sanitarna krakowska** odbyła w dniu 26. Maja pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie zwyczajne, na którem po załatwieniu drobnych spraw bieżących r. m. Dr. Domański wniósł: 1) by ze względu na pojawienie się wścieklizny między psami w Krakowie wezwać Magistrat o ścisłe wykonanie przepisów właściwej ustawy; 2) by wezwać Magistrat do przedłożenia jak najrychlej komisyi sanitarnej projektu do zmiany podatku od psów na zasadzie wyższej opłaty od samców niż od suk; 3) by ze względu na częste

pojawianie się wścieklizny w kraju a nieulegający dziś żadnej wątpliwości pomyślny skutek szczepień Pasteurowskich starać się o założenie w Krakowie stósownego na ten cel zakładu i prosić prof. Bujwida o przedłożenie odpowiedniego w tej mierze projektu. Wszystkie te wnioski przyjęto po dyskusyi. W myśl rozporządzenia Namiestnictwa we Lwowie a ze względu na pojawienie się cholery w wielu miejscach Europy postanowiono mieć w pogotowiu osobny szpital i wybrano delegatami do miejskiej komisyi cholerycznej radców miejskich Drów Domańskiego, Pareńskiego, Paszkowskiego i Wiszniewskiego tudzież lekarza powiatowego Dra Bielańskiego i dyrektora szpitala Dra Poniklę.

— Dr. Krzymiński, praktykujący w Inowrocławiu, został wybrany bardzo znaczną większością głosów posłem do parlamentu niemieckiego.

— Sekcya gleichenberska Tow. lekarzy styryjskich na posiedzeniu odbytem d. 22. Maja b. r. obrała przewodniczącym na rok bieżący Dra W. Raucha, zastępcą przewodniczącego Dra E. Brül·la, sekretarzem zaś Dra S. Bulikowskiego.

— Podany w Nrze 18. *Przeglądu lekarskiego* z r. b. spis lekarzy Polaków ordynujących w zdrojowiskach i miejscach klimatycznych uzupełniamy jeszcze doniesieniem, że w Nauheimie praktykuje Dr. Jankowski.

— Okoliczności, które skłoniły prof. Czernego w Heidelbergu do porzucenia w ostatniej prawie chwili myśli zajęcia katedry chirurgii w Wiedniu po zmarłym niedawno Billrocie, nie są jeszcze należycie wyjaśnione; według jednych, są to stósunki rodzinne, według drugich interwencya rządu badeńskiego, wsparta podobno osobiście przez W. Księcia. Tyle pewna, że wiadomość o pozostaniu prof. Czernego na katedrze w Heidelbergu wywołała w tem mieście wielką radość: miejscowy dziennik polityczny wystąpił z nadzwyczajnym dodatkiem, rozdawanym bezpłatnie po ulicach i placach tudzież lokalach publicznych, rada miejska *in corpore* udała się do prof. Czernego, by mu podziękować za postanowienie pozostania na obecnem stanowisku a mieszkańcy urządzili mu wspaniały korowód z pochodniami.

— (P. A.). W dniu 6. Maja r. b. poświęcono pierwszy szpital polski w Ameryce w Chicago w stanie Illinois, założony przez SS Nazaretanki. Obowiązki lekarzy przyjęli na siebie bezpłatnie Doktorzy: E. Czerniewski, K. Midowicz, M. Janczewski, R. Lande i W. Kuflewski. Administracyą zajmować się będą same SS. Nazaretanki. Szpital mieści się wśród ogrodu w pięknym 4-ro piętrowym budynku; na dole administracya i ambulatoryum, na 1-szem i 2-giem piętrze sale z 30 łóżkami dla chorych.

— W ostatnim numerze *Annales de l' Institut Pasteur* podaje Chamberland rezultaty szczepień ochronnych we Francyi przeciw wąglikowi i róży świńskiej; w tym celu zebrano daty odnoszące się do szczepienia 1,788.677 owiec i 200.692 wołów przeciw wąglikowi, co stanowi połowę szczepień dokonanych we Francyi od lat 12-tu. W tym czasie stracono średnio z owiec 0·94% a z wołów od 0·34 do 1·3%. Przed szczepieniem dochodziła roczna strata w owcach do 10% a w wołach około 5%.

Wartość pieniężna ochronionych temi szczepieniami od śmierci owiec przedstawia 5 milionów a wołów 2 miliony franków.

Szczepienie przeciw róży świńskiej rozpoczęło się w roku 1886; śmiertelność trzody chlewnej wynosiła przed zaprowadzeniem szczepienia 20%, dochodząc niekiedy nawet do 80%, po zaprowadzeniu zaś szczepienia ochronnego strata roczna zmniejszyła się od 1·45 do 1·50%.

— Jak już donieśliśmy (p. nr. 13 z r. b.), lekarze wschodnioindyjscy wystąpili do kongresu rzymskiego z żądaniem, by język łaciński uznać za powszechny język lekarski i w nim odbywać obrady kongresów międzynarodowych i t. d. Myśl ta widocznie nie dała spokoju Drowi Achillesowi Rosemu w Nowym Jorku, który przed tamtejszą akademią lekarską wystąpił z wnioskiem, zapewne nie bardzo spodziewanym, by za taki język powszechny świata lekarskiego uznać grecki, z którego pochodzi cała terminologia lekarska, w którym dają się tworzyć łatwo wszelkie kombinacye wyrazów i który w przeciwieństwie do łacińskiego nie jest martwym, bo go używa cały naród żyjący. Pomysł ten jednak nie spotkał się z uznaniem w uczonem ciele nowojorskiem, w którem przywiedziono, iż język grecki tem odznacza się przedewszystkiem, iż nauczyć się go jest bardzo trudno a zapomnieć za to naodwrót bardzo łatwo, iż język grecki dzisiejszych Greków nie jest bynajmniej językiem Tucydydesa i Homera a co się tyczy jego bogactw w dzisiejszych stósunkach, to warto spojrzeć się na spisy potraw w restauracyach ateńskich, gdzie można się spotkać z takiemi wyrazami, jak τὸ μενού, φιλετό γαρνιτό i t. p.

— Dla wygody Sz. Kolegów z poza monarchii austro-węgierskiej, wysyłających swych pacyentów do zdrojowisk podkarpackich i czeskich tudzież do Gleichenberga, podajemy wyciąg z najnowszego rozkładu pociągów na kolejach żelaznych austryackich i przytykających do nich kolejach zagranicznych, nadmieniając, że w Królestwie polskiem i Cesarstwie rosyjskiem ruch na kolejach żelaznych odbywa się według czasu petersburskiego a na kolejach w monarchii austro-węgierskiej według czasu środkowo europejskiego, przez Radę miejską także i w Krakowie zaprowadzonego. Czas petersburski wcześniejszym jest od czasu środkowo-europejskiego o 61 minut czyli okrągło o godzinę.

Wyjeżdżając z Warszawy o godzinie 6. m. 17 rano i 12. m. 22 w nocy staje się w Krakowie o 5. m. 3 po południu i 9. m. 48 rano. Wyjeżdżając z Iwangrodu o 4. m. 47 rano, staje się w Krakowie o 5. m. 3 po południu. Wyjeżdżając z Odesy o 9. i 9. m. 40 wieczorem a z Kijowa o 9. wieczorem i 12. m. 2 w nocy przez Podwołoczyska i Lwów, jest się w Krakowie o 5. rano, 9. m. 42 wieczorem i 6. m. 20 rano.

Wyjeżdżając z Krakowa rano o 8. m. 40, wieczorem o 7. m. 5. (prócz tego od 25. Czerwca do 15. Września o 8. m. 25 rano), staje się w Chabówce (zkąd 43 kilometry do Zakopanego) o 1. m. 36 w południe. o 11. m. 58 w nocy (prócz tego od 25. Czerwca do 15. Września o 12. m. 34 w południe). W Rabce odległej o 2 kilometry od Chabówki o 6 minut później.

Wyjeżdżając z Krakowa o 7. m. 7 rano, 10. m. 38 rano i 10. m. 55 w nocy, staje się w Starym Sączu (zkąd 43 kilometry do Szczawnicy) o 12. m. 14 w południe, 5. m. 2 po południu i 6. m. 9 rano a w Muszynie-Krynicy (zkąd do zdrojowiska krynickiego 11 kilometrów) o 1. m. 34 w południe, 6. m. 23 wieczorem i 7. m. 30 rano.

Wyjeżdżając z Krakowa przez Tarnów i Stróże rano o 7. m. 7, 10. m, 38 i wieczorem o 10. m. 55, staje się w stacyi Iwoniczu (zkąd do zdrojowiska 4 kilometry) o 2. m. 12 po południu, 9. m. 43 w nocy i 7. m. 26 rano a w stacyi Rymanowie (zkąd do zdrojowiska 5 kilometrów) o 2. m. 27 po południu, 10. w nocy i 7. m. 40 rano.

Wyjeżdżając ze Lwowa o 10. m. 35 rano i 10. m. 10 wieczorem przez Rzeszów i Jasło, staje się w Chabówce o 1. m. 48 w nocy i 11. m· 47 rano.

Wyjeżdżając ze Lwowa o 6. m. 55 wieczorem, 10. m. 10 w nocy 4. m. 50 rano przez Tarnów, staje się w Starym Sączu o 6. m. 9 rano, 9. m. 3 rano i 5. m. 2 po południu a w Muszynie-Krynicy o 7. m. 30 rano, 10. m. 36 rano i 6. m. 23 wieczorem.

Wyjeżdżając ze Lwowa o 10. m. 35 rano i 6. m. 55 wieczorem przez Przemyśl i Chyrów, staje się w stacyi Rymanowie o 6. m. 22 wieczorem i 4. m. 20 rano a w stacyi Iwoniczu o 6. m. 32 wieczorem i 4. m. 30 rano.

Wyjeżdżając ze Lwowa o 5. m. 40 rano i 7. m. 10 wieczorem przez Stryj, staje się w Drohobyczu-Truskawcu o 9. m. 17 rano (w Soboty o 11. m. 17 rano) i 1. m. 22 w nocy.

Wyjeżdżając z Krakowa o 3. m. 5 po południu (wagony wprost do Pragi) i o 10 wieczorem, następnie z Pragi o 7. m. 10 rano i 8. m. 35 rano tudzież o 3. m. 25 po południu, staje się w Karlsbadzie o 11. m. 19 przed południem, o 3. m. 37 po południu i o 7. m. 48 wieczorem a we Francensbadzie o 12. m. 47 w południe, 5. m. 42 po południu i 9. m. 17 wieczorem.

Wyjeżdżając z Pragi o 6. rano, 7. m. 34 rano i 3. m. 4 po południu, staje się w Teplicach czeskich o 8. m. 35 rano, o 11. m. 55 w południe i 6. m. 4 po południu.

Wyjeżdżając z Pragi o 6. m. 55 rano, o 11. m. 20 przed południem i 1. m. 50 w południe jest się w Maryenbadzie o 12. m. 44 w południe, o 3. m. 6 po południu i o 7. m. 56 wieczorem.

Wyjeżdżając z Krakowa o 5. m. 40 lub 6. m. 44 rano i o 3. m. 5 po południu a z Wiednia o 9. wieczorem i 7. m. 20 rano. staje się (jadąc przez Grac i Spielfeld) o 8. m. 53 rano i 3. m. 27 po południu w Purkla, zkąd bardzo blisko do Gleichenberga.

— **Nekrologia**. Zmarli: w Druskiennikach w gubernii grodzieńskiej w dniu 25. Maja r. b. Dr. Ludwik Krejbich, przeżywszy lat 55; w Wrocławiu Dr. K. Grosser, b. prof. anatomii opisowej; w Filadelfii Dr. W. Keating, b. prof. położnictwa w Jefferson Medical College.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 6. Czerwca b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. prof. Rydygier okaże nowsze narzędzia; 2) kol. Kryński przedstawi chorego i omówi sprawę tymczasowej resekcyi szczęki górnej; 3) kol. Dr. Ludomił Korczyński poda: *Kilka uwag o zapaleniu zakaźnem opon mózgowo-rdzeniowych.*

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

W celu obsadzenia posady sekundaryusza i lekarza domowego w izraelickim szpitalu i przytulisku kalek we Lwowie rozpisuje się niniejszem konkurs.

Z posadą tą, która nadaje się na przeciąg 3 lat, połączoną jest roczna płaca 300 złr., wolne mieszkanie w szpitalu, opał i światło.

Ubiegający się winni się wykazać dyplomem uzyskanego stopnia doktora wszech nauk lekarskich, względnie doktora medycyny i chirurgii, tudzież znajomością języka polskiego, a mają kompetenci stanu wolnego pierwszeństwo przy obsadzeniu tej posady.

Obowiązki z tą posadą połączone określa bliżej statut szpitala.

Podania kompetencyjne wnosić należy najpóźniej po koniec Czerwca 1894 roku do kancelaryi Zboru izrael. przy ul. Rzeźnickiej l. 5. we Lwowie.

Przełożeństwo Zboru izraelickiego.

Lwów, dnia 15. Maja 1894. 132—3—2

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.